

تأثیر مشاوره تلفنی بر تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری زنان نخست‌زا

زیبا رئیسی دهکردی* مهدی راعی** مروارید قصاب شیرازی*** سید احمد رضا رئیسی دهکردی**** ماندانا میرمحمدعلی*****

چکیده

زمینه و هدف: شیر مادر فواید سلامتی بی‌شماری برای مادر و نوزاد فراهم می‌کند. حمایت از شیردهی توسط کارکنان بهداشتی تأثیر مفید در طول مدت شیردهی به ویژه دوره تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد. هدف از این مطالعه تعیین میزان تأثیر مشاوره تلفنی بر تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری زنان نخست‌زا می‌باشد.

روش بررسی: این کارآزمایی میدانی در مورد ۱۴۰ نفر از زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹ انجام یافته است. تعداد نمونه‌ها ۷۰ نفر در گروه آزمون و ۷۰ نفر در گروه شاهد بودند. گروه آزمون، مشاوره تلفنی را دریافت کردند در حالی که گروه شاهد تنها مراقبت‌های معمول را دریافت نمودند. روش گردآوری اطلاعات مصاحبه و ابزار گردآوری شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و چک لیست بررسی تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری بود. تداوم شیردهی انحصاری در دو گروه ۱ و ۳ ماه بعد از زایمان و طول مدت شیردهی انحصاری در هر دو گروه ۳ ماه بعد از زایمان بررسی شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS v.16 انجام یافت.

یافته‌ها: میانگین طول مدت شیردهی انحصاری بر حسب هفته در گروه آزمون (17.05 ± 3.99) به طور معناداری ($p=0.008$) بیشتر از گروه شاهد (16.23 ± 4.03) بود. در ماه سوم پس از زایمان بعد از کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده، شانس شیردهی انحصاری در گروه آزمون به صورت معنادار بیشتر از گروه شاهد بود ($p=0.03$). همچنین انجام مشاوره تلفنی با طول مدت شیردهی انحصاری مادران ارتباط آماری معنادار داشت ($p=0.02$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مشاوره تلفنی بر تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری، ارایه این مشاوره که روشی ارزان و آسان است، می‌تواند به عنوان راهکاری جهت افزایش طول مدت شیردهی انحصاری به ویژه در مادران نخست‌زا مدنظر قرار گیرد.

نویسنده مسئول:
مروارید قصاب
شیرازی؛ دانشکده
پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی
گیلان

e-mail:
morvashirazi@yahoo.
com

واژه‌های کلیدی: مشاوره تلفنی، شیردهی انحصاری، زنان نخست‌زا

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۰ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۱

مقدمه

شیر مادر فواید سلامتی بی‌شماری را برای مادر و نوزاد فراهم می‌کند (۱). این شیر غذای ایده‌آلی است که تمام مواد مورد نیاز برای

رشد و نمو را به نوزاد می‌دهد. مواد موجود در شیر مادر باعث محافظت شیرخوار در برابر بیماری‌های عفونی نظیر اسهال و پنومونی (دو علت اولیه مرگ کودکان در جهان)، افزایش بهره‌وری و رشد عاطفی و روانی شیرخوار می‌شود. به علاوه شیردهی سلامت مادر را نیز تأمین می‌نماید و این در حالی است که کمبود

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
** مربی گروه آموزشی علوم پایه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
*** مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان
**** کارشناس ارشد ریاضی کاربردی دانشکده ریاضی دانشگاه اصفهان
***** مربی گروه آموزشی بهداشت مادر و کودک دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تغذیه انحصاری با شیر مادر به ویژه در طول ۶ ماه اول زندگی، منجر به بیش از ۱ میلیون مرگ قابل پیشگیری سالانه می‌گردد (۲). با توجه به نقش مهم تغذیه با شیر مادر در پیشگیری از سوء تغذیه و مرگ و میر شیرخواران و برقراری روابط عاطفی مادر و کودک، یکی از اهداف برنامه مردم سالم، افزایش شیردهی مادران به ۷۵٪ در ابتدای دوران بعد از زایمان و به ۵۰٪ در ۶ ماهگی است (۳). در عین حال با تلاش‌های فراوان در کشور پیرامون ترویج تغذیه با شیر مادر، استفاده از شیر خشک در کودکان زیر یک سال به مقدار ۹٪ نزول کرده، اما شاخص میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی کاهش داشته و به متوسط ۲۸٪ رسیده است (۴). سیر نزولی میزان شیردهی انحصاری با گذشت زمان از زایمان در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است. به عنوان مثال شیردهی انحصاری در زنان آمریکایی در ابتدای دوره بعد از زایمان ۷۰/۱٪ است، در حالی که در ۶ ماهگی به ۳۳/۲٪ می‌رسد (۳). این مسأله می‌تواند بیان‌کننده نیاز زنان به حمایت از شیردهی انحصاری از پستان در دوران پس از زایمان باشد.

در حالی که اقدامات جهانی در جهت افزایش انتخاب شیر مادر و طولانی نمودن مدت شیردهی انحصاری است، هنوز مادران مشکلاتی را گزارش می‌کنند که در دوره بعد از زایمان و در خانه منجر به رها کردن شیردهی انحصاری آنان می‌شود (۵). انتخاب شیردهی از پستان از عوامل اقتصادی-جمعیت‌شناختی مانند سن، تعداد زایمان‌ها، شرایط مادری، سطح تحصیلات، درآمد و حمایت‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرد (۶). اما ادامه شیردهی بیشتر به تمایل

مادر به شیردهی، رضایت او از شیردهی و حمایت از طرف سیستم بهداشتی وابسته است (۳). در حالی که شواهد نشان می‌دهند که برنامه‌های حمایت از شیردهی در طولانی کردن زمان شیردهی مؤثر است ولی تأثیر این برنامه‌ها بر مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر دقیقاً مشخص نیست (۷).

برنامه‌های حمایت از شیردهی به روش‌های مختلفی قابل ارایه هستند، یکی از مؤثرترین روش‌ها که به وسیله مراقبان بهداشتی در حل مشکل مددجو استفاده می‌شود، مشاوره است (۸). در این میان از اقدامات مؤثر برای افزایش شیردهی انحصاری، مشاوره حضوری با مادر و نیز ارایه این مشاوره از راه دور است (۹). در میان روش‌های ارایه مشاوره از راه دور، مشاوره تلفنی یک روش بسیار مفید و ارزان است (۱۰). این روش مشاوره باعث صرفه‌جویی اقتصادی، افزایش کیفیت خدمات مراقبتی (۱۱) و کاهش بار کاری سیستم بهداشتی می‌شود (۱۲). استفاده از مشاوره تلفنی در دوران شیردهی در بسیاری کشورها مداخله‌ای رایج می‌باشد (۱۱). در مطالعات انجام یافته در این زمینه، مشاوره تلفنی گاه باعث افزایش طول مدت شیردهی انحصاری شده (۹) و گاه بر شیردهی انحصاری از پستان تأثیری نداشته است (۱۳). در ایران مشاوره تلفنی به صورت معمول به مادران شیرده ارایه نمی‌گردد، به علاوه مطالعه‌ای پیرامون تأثیر مشاوره تلفنی بر شیردهی انحصاری صورت نگرفته است. لذا مطالعه کنونی با هدف تعیین میزان تأثیر مشاوره تلفنی بر تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری در زنان نخست‌زا انجام یافته است.

روش بررسی

این پژوهش به روش کارآزمایی میدانی انجام گرفته است. در این مطالعه جامعه پژوهش مادرانی بودند که در سال ۱۳۸۹ جهت انجام غربالگری نوزاد خود در روز ۳ تا ۵ پس از زایمان به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه می‌کردند. حجم نمونه با احتساب احتمال ریزش ۲۰٪ نمونه‌ها در طول تحقیق برای هر گروه ۷۰ نفر و در مجموع ۱۴۰ نفر محاسبه شد. تعداد نمونه‌ها با بررسی متون و با توجه به حجم سنگین مشاوره تلفنی برای هر فرد در نظر گرفته شد. به منظور انتخاب نمونه‌ها ابتدا از طریق قرعه‌کشی از میان مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، چهار مرکز برای گروه آزمون (دریافت مشاوره تلفنی) و چهار مرکز برای گروه شاهد (مراقبت‌های رایج) در نظر گرفته شد. چهار مرکز در گروه مداخله مراکز فرمانفرمایان، ابن سینا، شهید احمدی و دولت‌خوان و مراکز گروه شاهد شامل نعمت‌آباد، عبدالآباد، خلایق و ثلاث بودند. این کار به دلیل عدم مواجهه نمونه‌ها با یکدیگر انجام گرفت. از آنجا که تخصیص ۴ مرکز به گروه آزمون و ۴ مرکز به گروه شاهد مصداق نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای است، لذا در ابتدا اثر خوشه‌ای (design effect) محاسبه شد و مقدار آن $1/4$ به دست آمد. لذا با توجه به قابل اغماض بودن اثر خوشه‌ای بودن نمونه‌ها بر نتایج مطالعه، از آنالیزهای استاندارد به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. نمونه‌گیری در هر مرکز به روش تصادفی انجام یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تداوم داشتن شیردهی انحصاری تا روزهای ۳ تا ۵، سکونت در تهران و حومه، دسترسی به تلفن،

داشتن نوزاد سالم (نبودن بیماری‌های شدید)، نداشتن مشکل تکلم و شنوایی، مبتلا نبودن به بیماری جسمی یا روانی شناخته شده و تمایل به شیر دادن نوزاد از پستان بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از مرگ نوزاد به هر دلیل در طی انجام مطالعه و ابتلای مادر یا نوزاد به بیماری‌هایی که به تشخیص پزشک متخصص منجر به قطع شیردهی گردد. با شرح کامل هدف از انجام پژوهش و روش انجام مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه از کلیه نمونه‌های پژوهش گرفته شد. به منظور سهولت دسترسی نمونه‌ها به پژوهشگر، قبل از مطالعه خط تلفن ویژه‌ای به این امر اختصاص یافت که نمونه‌ها جهت ارزیابی نیازهای پیش‌بینی نشده خود در مورد شیردهی امکان تماس تلفنی با پژوهشگر را داشته باشند.

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، در روز مراجعه مادران به مراکز بهداشتی جمع‌آوری شد. مادران در گروه شاهد تنها مراقبت‌های رایج را دریافت کردند و مادران در گروه آزمون، مشاوره تلفنی (مجموعاً هفت مشاوره) دریافت نمودند. بدین صورت که یک تماس هر هفته در ماه اول و یک تماس هر دو هفته در ماه دوم و یک تماس در ماه سوم با مادران گروه آزمون برقرار شد (علت این فاصله‌های زمانی مشکلات بیشتر شیردهی در دوران اوایل پس از زایمان بود). محتوای مشاوره تلفنی براساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹) و آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مادری ایمن تنظیم شد که دو بخش داشت، در بخش اول به مشکلات دوران شیردهی

(مشکلات مادری و نوزادی) پرداخته می‌شد و بخش دوم در مورد نگرانی مادر در مورد تغذیه نوزاد و نیازهای خاص مطرح شده هر مادر در مورد شیردهی بود.

در این مطالعه ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و چک لیست بررسی تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری بود. جهت تعیین روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش روایی محتوا استفاده شد. بدین صورت که پس از انجام مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی متون، پرسشنامه و چک لیست تهیه و در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران قرار گرفت و با راهنمایی آن‌ها اصلاحات لازم صورت گرفت. به منظور تعیین پایایی ابزار نیز از روش آزمون مجدد استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه‌ها توسط ۱۵ نفر از زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران که ویژگی‌های نمونه‌های مورد پژوهش را داشتند ولی شامل نمونه‌های پژوهش نبودند در دو مرحله (با فاصله ۲ هفته) تکمیل شد و $ICC=0/71$ به دست آمد. همچنین سازگاری درونی سؤالات با محاسبه مقدار آلفای کرونباخ $0/78$ بود.

در این مطالعه به دلیل ماهیت آن امکان کورسازی برای پژوهشگر و مادران وجود نداشت. ولی در نهایت طول مدت شیردهی انحصاری در هر دو گروه ۳ ماه بعد از زایمان و تداوم شیردهی انحصاری در انتهای ماه اول و سوم توسط همکار پژوهشگر که از گروه‌بندی افراد اطلاعی نداشت از طریق مصاحبه تلفنی ثبت شد. طول مدت شیردهی

انحصاری بر حسب هفته و تداوم شیردهی انحصاری به صورت داشتن یا نداشتن شیردهی انحصاری در نظر گرفته شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با کمک نرم‌افزار آماری SPSS v.16 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های کای‌دو، آزمون دقیق فیشر و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده، از آزمون رگرسیون لجستیک استاندارد و رگرسیون خطی استفاده شد. سطح معناداری آماری $p<0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه آزمون و شاهد از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی و برخی ویژگی مرتبط به جز نوع زایمان و شیردهی بلافاصله پس از زایمان با یکدیگر مشابه بودند (جدول شماره ۱).

میانگین طول مدت شیردهی انحصاری بر حسب هفته در گروه آزمون ($8/05 \pm 3/99$) به طور معناداری ($p=0/008$) بیشتر از گروه شاهد ($6/23 \pm 4/03$) بود. جدول شماره ۲ تداوم شیردهی انحصاری در انتهای ماه‌های اول و سوم را در دو گروه نشان می‌دهد. یافته‌ها حاکی از فقدان اختلاف معنادار بین گروه آزمون و شاهد از نظر تداوم شیردهی در انتهای ماه اول و سوم پس از زایمان است.

به دلیل این که دو متغیر نوع زایمان و شیردهی بلافاصله پس از زایمان اختلاف معناداری در دو گروه شاهد و آزمون داشتند، برای کنترل و از بین بردن اثر مخدوش‌کنندگی این دو متغیر در بررسی تأثیر مشاوره تلفنی بر

تداوم شیردهی انحصاری از رگرسیون لجستیک استاندارد استفاده شد. بر اساس این آزمون آماری، اختلاف معناداری در تداوم شیردهی انحصاری در انتهای ماه اول در دو گروه شاهد و آزمون مشاهده نشد ($p=0/7$). اما در ماه سوم پس از زایمان و بعد از کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده، شانس شیردهی انحصاری در گروه آزمون ۲/۱۹ برابر گروه شاهد بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار

است ($p=0/03$) (جدول شماره ۳). همچنین برای بررسی تأثیر مشاوره تلفنی بر طول مدت شیردهی انحصاری و به منظور تعدیل دو متغیر مخدوش‌کننده از رگرسیون خطی استاندارد استفاده شد. نتایج نشان داد که مشاوره تلفنی با طول مدت شیردهی انحصاری مادران ارتباط آماری معنادار دارد ($p=0/02$) و میانگین طول مدت شیردهی انحصاری در گروه آزمون ۱/۵۷ هفته بیشتر از گروه شاهد بود.

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و برخی مشخصات مرتبط دو گروه آزمون و شاهد از زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹

گروه‌ها	متغیرها	شاهد (درصد) تعداد	آزمون (درصد) تعداد	p-value آزمون دقیق فیشر
شغل مادر	خانه‌دار	۶۰ (۸۵/۷)	۶۵ (۹۲/۹)	۰/۱۷
	شاغل	۱۰ (۱۴/۳)	۵ (۷/۱)	
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	۲۸ (۴۰)	۳۱ (۴۴/۳)	۰/۸۴
	دیپلم	۲۵ (۳۵/۷)	۲۲ (۳۱/۴)	
	دانشگاهی	۱۷ (۲۴/۳)	۱۷ (۲۴/۳)	
تحصیلات پدر	کمتر از دیپلم	۳۲ (۴۵/۷)	۳۴ (۴۸/۶)	۰/۶۱
	دیپلم	۲۲ (۳۱/۴)	۱۷ (۲۴/۳)	
	دانشگاهی	۱۶ (۲۲/۹)	۱۹ (۲۷/۱)	
درآمد خانوار از نظر نمونه‌ها	مطلوب	۱۰ (۱۴/۳)	۱۲ (۱۷/۱)	۰/۸۳
	متوسط	۳۱ (۴۴/۳)	۳۲ (۴۵/۷)	
	نامطلوب	۲۹ (۴۱/۴)	۲۶ (۳۷/۱)	
سابقه نازایی	دارد	۷ (۱۰)	۶ (۸/۶)	۰/۷۷
	ندارد	۶۳ (۹۰)	۶۴ (۹۱/۴)	
استعمال دخانیات	خیر	۶۹ (۹۸/۶)	۶۶ (۹۴/۳)	۰/۳۶
	بله	۱ (۱/۴)	۴ (۵/۷)	
حاملگی	با برنامه	۵۳ (۷۵/۷)	۴۸ (۶۸/۶)	۰/۳۴
	ناخواسته	۱۷ (۲۴/۳)	۲۲ (۳۱/۴)	
نوع زایمان	طبیعی	۵۱ (۷۲/۹)	۳۹ (۵۵/۷)	۰/۰۳
	سزارین	۱۹ (۲۷/۱)	۳۱ (۴۴/۳)	
جنسیت نوزاد	دختر	۳۵ (۵۰)	۳۹ (۵۵/۷)	۰/۴۹
	پسر	۳۵ (۵۰)	۳۱ (۴۴/۳)	
شیردهی بلافاصله پس از زایمان	خیر	۵ (۷/۱)	۱۶ (۲۲/۹)	۰/۰۰۹
	بله	۶۵ (۹۲/۹)	۵۴ (۷۷/۱)	
بستری نوزاد در بیمارستان	خیر	۶۴ (۹۱/۴)	۵۹ (۸۴/۳)	۰/۱۹
	بله	۶ (۸/۶)	۱۱ (۱۵/۷)	

جدول ۲- تداوم شیردهی انحصاری در انتهای ماه‌های اول و سوم پس از زایمان در گروه شاهد و آزمون از زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹

شیردهی انحصاری					
	بله (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد	کل (درصد) تعداد	p-value	
انتهای ماه اول	شاهد	۵۴ (۷۷/۱)	۱۶ (۲۲/۹)	۰/۸۴	۷۰ (۱۰۰)
	آزمون	۵۳ (۷۵/۷)	۱۷ (۲۴/۳)		۷۰ (۱۰۰)
	کل	۱۰۷ (۷۶/۴)	۳۳ (۲۳/۶)		۱۴۰ (۱۰۰)
انتهای ماه سوم	شاهد	۲۰ (۲۸/۶)	۵۰ (۷۱/۴)	۰/۰۵۳	۷۰ (۱۰۰)
	آزمون	۳۱ (۴۴/۳)	۳۹ (۵۵/۷)		۷۰ (۱۰۰)
	کل	۵۱ (۳۶/۴)	۸۹ (۶۳/۶)		۱۴۰ (۱۰۰)

جدول ۳- ارتباط مشاوره تلفنی با تداوم و طول مدت شیردهی انحصاری پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده

تداوم شیردهی انحصاری*	گروه	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪	p-value
انتهای ماه اول	شاهد آزمون	۱ ۰/۸۸	۰/۳۹-۱/۹۸	۰/۷
انتهای ماه سوم	شاهد آزمون	۱ ۲/۱۹	۱/۰۵-۴/۵۸	۰/۰۳
طول مدت شیردهی انحصاری**	ضریب بتا	خطای استاندارد		
گروه	۱/۵۷	۰/۶۹		۰/۰۲

* رگرسیون لجستیک چندگانه

** رگرسیون خطی چندگانه

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه این پژوهش نشان داد که تداوم شیردهی انحصاری در انتهای ماه اول در دو گروه شاهد و آزمون تفاوت آماری معنادار نداشته است ($p=0/7$). در تحقیقات دیگری که در مورد تأثیر مشاوره تلفنی بر شیردهی انحصاری همچون مطالعه Kang و همکاران (۱۴) و Pugh، و همکاران (۱۵) و Jang و همکاران (۱۶) انجام یافته نتایج متفاوتی گزارش شده است. تداوم شیردهی انحصاری در مطالعات یاد شده در انتهای ماه اول در گروه آزمون به صورت معنادار از گروه شاهد بیشتر بوده است. نتایج مغایر، لزوم بررسی بیشتر این مورد را آشکار می‌سازد.

در مطالعه حاضر اختلاف تداوم شیردهی انحصاری در دو گروه شاهد و آزمون در انتهای ماه سوم با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده معنادار بود ($p=0/03$). مشابه مطالعه حاضر اثر معناداری از مشاوره تلفنی در مطالعه Graffy و همکاران (۱۷) بر تداوم شیردهی انحصاری به مدت ۶ هفته نشان داده شد. نتایج مطالعه‌ای دیگر نیز هم جهت با پژوهش حاضر می‌باشد، بدین صورت که انجام مشاوره تلفنی همراه با مراقبت‌های رایج بر تداوم شیردهی انحصاری به صورت طولانی مدت (تا ۴ ماهگی) مؤثر می‌باشد (۱۸). اما Pugh و همکاران (۱۵) که مشاوره تلفنی را برای مادران مناطق شهری ولی کم درآمد ارایه

می‌دادند، عنوان نمودند که مشاوره تلفنی به صورت طولانی مدت (۳ ماه) بر تداوم شیردهی مؤثر نمی‌باشد، شاید علت این تفاوت بررسی افراد کم درآمد در مطالعه بالا باشد. زیرا در مطالعه ما خانواده اکثر مادران از درآمد متوسط برخوردار بودند. در این زمینه در کانادا Palda و همکاران (۱۸) مشاوره تلفنی را به صورت کوتاه مدت (تا ۴ هفته) بر تداوم شیردهی انحصاری مؤثر دانستند و پیشنهاد نمودند تا با ارایه مشاوره توسط مادران شیرده به دیگر مادران، می‌توان تداوم شیردهی انحصاری را در طولانی مدت افزایش داد، علت این مسأله شاید پذیرش بهتر مشاوره و راهنمایی ارایه شده توسط مادران دیگر باشد. به علاوه حمایت بهتری از طرف مادران نسبت به مادران شیرده ارایه می‌شود که می‌تواند به دلیل داشتن تجربه شیردهی و درک بهتر مشکلات این دوران باشد.

در این مطالعه مشاوره تلفنی با طول مدت شیردهی انحصاری ارتباط معنادار داشت، بدین صورت که طول مدت شیردهی انحصاری بر حسب هفته در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود. این نتیجه به وسیله مطالعات دیگر در این زمینه تأیید شده که مشاوره تلفنی به همراه مراقبت‌های رایج با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری همراه است (۱۸، ۱۹). در حالی که در بعضی از مطالعات مشاوره تلفنی با افزایش طول مدت شیردهی انحصاری همراه

نبوده است (۱۳ و ۲۰). علت این تفاوت شاید انجام مداخله بر گروه خاص (مادران کم درآمد) و نیز تعداد کم‌تر مشاوره‌های تلفنی ارایه شده (یک بار در ماه) در آن مطالعات باشد.

امروزه ارایه روش‌های مشاوره‌ای آسان و ارزان به منظور افزایش شیردهی انحصاری مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به مشکلات مادران شیرده به ویژه مادران نخست‌زا در دوران شیردهی، ارایه مشاوره تلفنی به مادران می‌تواند گام مؤثری جهت بهبود وضعیت شیردهی انحصاری و در نتیجه بهبود سلامت خانواده باشد. تحقیقات بیشتری نیز لازم است تا تأثیر مشاوره تلفنی را بر تداوم شیردهی انحصاری در مدت زمان طولانی‌تر مورد ارزیابی قرار دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود که انجام مطالعات بیشتر در زمینه تأثیر مشاوره تلفنی همراه با سایر روش‌های حمایتی از مادران شیرده مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۸۹-۰۱-۶۱-۱۰۲۹۱ مورخ ۱۳۸۹/۰۳/۰۲ می‌باشد. بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از زحمات همکاران در مرکز پژوهش‌های دانشجویی و مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام می‌داریم.

منابع

- 1 - Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- 2 - WHO. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: Policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2007.

- 3 - Wong DL, Whaley LF. Whaley & Wong's Nursing Care of Infants and Children. St. Louis: Mosby Co; 1999.
- 4 - Akbari M, Zarenejhad A. [Broadcasting in health in Islamic Republic of Iran]. Tehran: Rah Tarahan Farda Publications; 2006. (Persian)
- 5 - O'Luanaigh P, Carlson C. Midwifery and public health: Future directions and new opportunities. London: Churchill Livingstone; 2005.
- 6 - Barona-Vilar C, Escriba-Aguir V, Ferrero-Gandia R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 2009 Apr; 25(2): 187-94.
- 7 - Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 Sep 22; 335(7620): 596.
- 8 - Badger T, Segrin C, Meek P, Lopez AM, Bonham E, Sieger A. Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life. *Oncol Nurs Forum*. 2005 Mar 5; 32(2): 273-9.
- 9 - Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC guide to breastfeeding interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- 10 - Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2005 Dec; 55(521): 956-61.
- 11 - Wegner SE, Humble CG, Feaganes J, Stiles AD. Estimated savings from paid telephone consultations between subspecialists and primary care physicians. *Pediatrics*. 2008 Dec; 122(6): e1136-40.
- 12 - Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003 Jun; 20(3): 311-7.
- 13 - Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, McKee D. Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*. 2005 Dec; 116(6): 1413-26.
- 14 - Kang JS, Choi SY, Ryu EJ. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2008 Jan; 45(1): 14-23.
- 15 - Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, Nanda JP, Sharps PW, Spatz DL, Milligan RA. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr*. 2010 Jan-Feb; 10(1): 14-20.
- 16 - Jang GJ, Kim SH, Jeong KS. Effect of postpartum breast-feeding support by nurse on the breast-feeding prevalence. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2008 Feb; 38(1): 172-9.
- 17 - Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ*. 2004 Jan 3; 328(7430): 26.
- 18 - Palda VA, Guise JM, Wathen CN; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ*. 2004 Mar 16; 170(6): 976-8.
- 19 - Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues*. 2005 Mar-Apr; 15(2): 64-72.
- 20 - Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *Am J Dis Child*. 1990 Apr; 144(4): 471-4.

Effect of Telephone Counseling on Continuity and Duration of Breastfeeding among Primiparus Women

Ziba Raisi Dehkordi* (MSc.) - Mehdi Raei** (MSc.) - Morvarid Ghassab Shirazi*** (MSc.) - Seyed Ahmad Reza Raisi Dehkordi**** (MSc.) - Mandana Mirmohammadali***** (MSc.).

Abstract

Received: Jan. 2012
Accepted: May. 2012

Background & Aim: Breast milk provides many healthy nutrients to infants. Support provided by health care provider has positive effects on duration of breastfeeding. The purpose of this study was to determine the effects of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparus women.

Methods & Materials: This clinical trial was conducted on 140 primiparus women referred to the selected health centers of Tehran University of Medical Sciences in 2010. The participants were randomly allocated into two equal groups (each: 70 individuals). The participants in the intervention group received telephone counseling by one of the researchers. The control group received routine care. Data were collected using a questionnaire including demographic characteristics and a breastfeeding check list. Exclusive breastfeeding rates were recorded one and three months after childbirth in both groups. Also, the continuity and duration of exclusive breastfeeding were recorded three months after childbirth in both groups. Data were analyzed using the Chi-square test, Fisher's exact test, standard logistic regression and linear regression in the SPSS-16 and the Win Pepi.

Results: The average duration of exclusive breastfeeding in the intervention group (8.05 ± 3.99) was significantly more than the control group (6.23 ± 4.03) ($P=0.008$). In the third month of delivery, continuity of exclusive breastfeeding in the intervention group was more than the control group ($P=0.03$). Results also showed that telephone counseling was effective in the duration of exclusive breastfeeding ($P=0.02$).

Conclusion: Telephone counseling was effective in continuity and duration of exclusive breastfeeding. Using this inexpensive and easy method can help to increase exclusive breastfeeding, especially in primiparus women.

Key words: telephone counseling, exclusive breastfeeding, primiparus women

Corresponding author:
Morvarid Ghassab Shirazi
e-mail:
morvashirazi@yahoo.
com

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

** Dept. of Basic Sciences, School of Medicine, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran

*** Dept. of Midwifery, Shahid Beheshti Medical University of Guilan, Raht, Iran

**** MSc. in Applied Mathematics, School of Mathematics, Isfahan, Iran

***** Dept. of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran